

**FORMULARIO PARA ASPIRANTES A BANCO DE AUDÍFONOS**

**FECHA:** (día/mes/año) \_\_\_\_\_

**DATOS COMPLETOS DEL PACIENTE**

Apellidos y nombres completos: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento:(día/mes/año) \_\_\_\_\_

Edad cronológica: (años, meses). \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses

Escolaridad: (Nombre de escuela y grado): \_\_\_\_\_

Trabajo: (Ocupación; nombre y teléfonos de la empresa): \_\_\_\_\_

Ha recibido donación de audífonos previamente: Si ( ) No ( ) Donados por esta Fundación u otra: Si ( ) No ( ) Indique cuál y cuándo. \_\_\_\_\_

**DATOS COMPLETOS DE LOS PADRES Y/O PERSONAS RESPONSABLES:**

Apellidos y nombres completos: Padre: \_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_\_\_

Otro (Especificar relación con el paciente)

Ocupación y lugar donde trabaja: \_\_\_\_\_

Salario mensual individual:\$ \_\_\_\_\_ Ingreso mensual familiar:\$ \_\_\_\_\_

Teléfonos de residencia, celular, trabajo u otro donde pueda ser localizado – indique al menos 2 teléfonos de contacto: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_